

Estimado Profesional
COLEGIO MEDICO DE RIO CUARTO
CONSTITUCION 1057
(5800) RIO CUARTO - CÓRDOBA

Nos dirigimos a usted para informarle que la Obra social ha adecuado su Programa de Diabetes, ajustándolo a la nueva reglamentación del Ministerio de Salud. Por este motivo, los pacientes se acercarán para realizar su reempadronamiento que vence el **30 de junio** del corriente año.

En lo sucesivo, nuestros afiliados pueden acercarse a la consulta llevando un nuevo formulario, válido tanto para ingresar al programa por primera vez, como para el reempadronamiento. En el mismo encontrará una serie de campos para completar los datos del paciente.

Como alternativa puede descargar e imprimir el formulario que está disponible en nuestra página web.

Le solicitamos tenga a bien leerlo detenidamente y completarlo en forma íntegra y obligatoria, ya que de otro modo, el enrolamiento del afiliado al Programa de Diabetes no podrá ser efectivo.

Una vez que lo haya completado, el afiliado será responsable de acercarlo a cualquiera de nuestros Centros de Atención o de enviarlo vía mail. El documento será evaluado y aprobado por el Coordinador de Programas Médicos.

En ese momento se volcarán todos los datos registrados a nuestro sistema informático y el enrolamiento se hará efectivo con una vigencia de 6 meses, renovable mediante un nuevo formulario con datos actualizados, con la citada periodicidad.

Desde ya agradecemos su colaboración y aprovechamos para saludar a usted cordialmente,



Dr. Ricardo Camilión
Gerente Médico

O. S. del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur

Av. Callao 766 | C1023AAN | CABA.
(011) 4370-1000 | Fax: (011) 4370-0888

info@oslpasteur.com.ar
www.oslpasteur.com.ar

Importante:
El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA
utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO o AZUL.
Las letras deben ser del siguiente estilo:

A Á B C D E É F G H I Í J K L M N Ñ O Ó P Q R S T U Ú V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0



Formulario de Reempadronamiento Diabetes

Apellido y nombre

Número de afiliado

(sin guiones ni
espacios)

DNI

Mail

Teléfono

(con prefijo)

(sin guiones ni espacios)

Tipo de Diabetes (*)

1

2

Edad de
diagnóstico (*)

(*) Obligatorios

Dislipemia

Obesidad

Tabaquismo

Seleccionar al menos una opción

Hipertrofia ventricular

Retinopatía

Amputación

Infarto agudo de miocardio

Ceguera

Nefropatía

Insuficiencia cardíaca

Neuropatía periférica

Diálisis

Accidente cerebrovascular

Vasculopatía periférica

Trasplante renal

Completar dentro del rango

Parámetro	Valor	Rango	Fecha medición (Formato DD / MM / AA)
Glucemia Ayunas		0 -1500	
HBA1C		1,00 - 20,00	
Colesterol LDL		0 -1000	
Triglicéridos		0 -2000	
TA sistólica		10-290	
TA diastólica		20-300	
Creatinina Sérica		0,00 - 20,00	
Peso (Kg.)		5-450	
Talla (Cm.)		50 - 220	
Circunferencia Abdominal		40-220	

Microalbuminuria

Sin datos

Normal

Patológico

Fecha

Fondo de Ojo

Sin datos

Normal

Retinopatía diabética

Fecha



9 774216 913153

Importante:
El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA
utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO o AZUL.
Las letras deben ser del siguiente estilo:

A A B C D E E F G H I I J K L M N N O O P Q ☒
R S T U U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ☒

Seleccionar al menos una opción

Automonitoreo glucémico	Fármacos antihipertensivos	Hipoglucemiantes orales
Actividad física	Fármacos hipolipemiantes	Insulinoterapia (#)
Cumple tratamiento	Ácido acetil salicílico	Ninguna de las anteriores

(#) Si ha marcado Insulinoterapia, indique a continuación el esquema utilizado

Insulina	Basal	Corrección	Insulina	Basal	Corrección
ACTRAPID Acción rápida			INSULATARD Acción intermedia		
BETALIN Acción rápida			INSUMAN N Acción intermedia		
DENSULIN Acción rápida			BETASINT Bovina A. intermedia		
HUMULIN Acción rápida			BETASINT Porcina A. intermedia		
INSUMAN Acción rápida			BETALIN Hum. Larga duración		
NOVOLIN R Acción rápida			BETASINT Porcina lenta		
BETASINT Bovina regular			TRESIBA Degludec		
BETASINT Porcina regular			LEVEMIR Detemir		
HUMALOG Lispro regular			LANTUS Glargina		
NOVORAPID Aspártica regular			HUMULIN 70/30		
APIDRA Glulisina regular			HUMALOG MIX 25		
BETALIN Acción intermedia			HUMALOG MIX 50		
DENSULIN N Acción intermedia			NOVOMIX 30 FLEXPEN		
HUMULIN N Acción intermedia			NO APLICA		

Apellido y
nombre
del
Profesional

Matrícula

Nacional
Provincial

Teléfono de
contacto

(prefijo)

(sin guiones ni espacios)

Especialidad

Clinica Médica	Nutrición
Cardiología	Endocrinología
Otra	

Fecha
registro

(Formato DD / MM / AA)

Firma y sello del profesional

